


Wniosek o wprowadzenie zmian do umowy ubezpieczenia: Plan pełnej ochrony (kod produktu: TER4)

potwierdzonej polisą nr _____ Kod Z I 

Ubezpieczający

Imię (imiona)/nazwa firmy _____

Nazwisko/nazwa firmy cd. _____

PESEL _____ Data urodzenia _____

Obywatelstwa _____ Kraj urodzenia/
(Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa) kraj założenia _____

Typ dokumentu tożsamości _____ Seria i nr dok. tożsamości _____

Data ważności dok. tożsamości _____

Wypełnić gdy Ubezpieczający inny niż osoba fizyczna

Forma organizacyjna _____

NIP _____ REGON _____

KRS _____

W przypadku gdy Ubezpieczający inny niż osoba fizyczna należy uzupełnić formularze Dane osoby upoważnionej/reprezentującej podmiot lub osobę fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą oraz Oświadczenie Klienta dotyczące beneficjenta rzeczywistego.

Adres korespondencyjny *(prosimy wypełnić, jeśli adres korespondencyjny uległ zmianie).*

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ - _____ Poczta _____ Kraj _____

Ubezpieczony

Imię i nazwisko: _____

PESEL _____ Data urodzenia _____

Obywatelstwa _____ Kraj urodzenia _____
(Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)

Typ dokumentu tożsamości _____ Seria i nr dok. tożsamości _____

Data ważności dok. tożsamości _____

Adres zamieszkania

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ - _____ Poczta _____ Kraj _____

Telefon _____ Tel. kom. _____

E-mail _____

Adres korespondencyjny *(prosimy wypełnić, jeśli adres korespondencyjny jest inny niż zamieszkania)*

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ - _____ Poczta _____ Kraj _____

Zawód wykonywany (branża, zajmowane stanowisko) _____

Czy obecnie uprawia Pan/Pani sport/hobby? TAK – rekreacyjnie TAK – zawodowo TAK – wyczynowo NIE

Jeżeli tak to jaki? Jak często? _____

PRZEDSTAWICIEL UBEZPIECZONEGO

(Wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczonym jest osoba niepełnoletnia, a przedstawiciel nie jest Ubezpieczającym)

Imię (imiona) _____

Nazwisko _____

PESEL _____ Data urodzenia _____

Obywatelstwa _____ Kraj urodzenia _____
(Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)

Typ dokumentu tożsamości _____ Seria i nr dok. tożsamości _____

Data ważności dok. tożsamości _____

I. DODANIE UBEZPIECZONEGO DZIECKA

Prosimy wypełnić w przypadku dodania Ubezpieczonego Dziecka. Nie należy wpisywać danych dotychczasowych Ubezpieczonych Dzieci

Dane Ubezpieczonego Dziecka 1	Dane Ubezpieczonego Dziecka 2
Imię _____ Nazwisko _____	Imię _____ Nazwisko _____
Data urodzenia [][] [][] [][][][]	Data urodzenia [][] [][] [][][][]
PESEL [][][][][][][][][][][][][][][][]	PESEL [][][][][][][][][][][][][][][][]
Obywatelstwo/-a _____	Obywatelstwo/-a _____
Typ dok. tożsamości _____	Typ dok. tożsamości _____
Seria i nr dok. toż. [][][][][][][][][][][][][][][][]	Seria i nr dok. toż. [][][][][][][][][][][][][][][][]
Adres zameldowania	Adres zameldowania
<input type="checkbox"/> jak adres zam. Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> jak adres zam. Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/> inny _____	<input type="checkbox"/> inny _____
Adres korespondencyjny	Adres korespondencyjny
<input type="checkbox"/> jak adres koresp. Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> jak adres koresp. Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/> inny _____	<input type="checkbox"/> inny _____

Pełnomocnictwo dla Ubezpieczającego

Udzielam Ubezpieczającemu pełnomocnictwa do reprezentowania mnie, w tym składania wszelkich wcześniej ze mną uzgodnionych oświadczeń woli koniecznych do zmiany (także w zakresie sumy ubezpieczenia) umowy ubezpieczenia na życie, zawartej na moją rzecz na podstawie niniejszego wniosku.

Czytelny podpis Ubezpieczonego

Czytelny podpis Ubezpieczonego Dziecka ...
(przedstawiciela ustawowego, jeśli dziecko jest niepełnoletnie)

Czytelny podpis Ubezpieczonego Dziecka ...
(przedstawiciela ustawowego, jeśli dziecko jest niepełnoletnie)

II. ZMIANY W UMOWIE UBEZPIECZENIA (GŁÓWNEJ) LUB UMOWACH DODATKOWYCH

W przypadku:

- zawarcia nowej umowy dodatkowej – prosimy zaznaczyć X w polu ZAWARCIE i uzupełnić sumę ubezpieczenia/świadczenie oraz składkę dla tej umowy,
- podwyższenia dotychczasowej sumy ubezpieczenia/świadczenia dla umowy – prosimy zaznaczyć X w polu PODWYŻSZENIE i uzupełnić wartość, o którą ma wzrosnąć suma ubezpieczenia/świadczenie oraz składkę za dodatkową (nową) część sumy ubezpieczenia/świadczenia dla tej umowy,
- obniżenia dotychczasowej sumy ubezpieczenia/świadczenia umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych – prosimy zaznaczyć X w polu OBNIŻENIE i uzupełnić nową niższą sumę ubezpieczenia/świadczenie,
- rezygnacji z umowy dodatkowej – prosimy zaznaczyć X w polu REZYGNACJA.

Wiek Ubezpieczonego w dniu podpisania niniejszego wniosku: _____ lat/a

Umowa ubezpieczenia (główna)

Podwyższenie	Obniżenie	Umowa	Suma ubezpieczenia	Seksja wypełniana w przypadku wnioskowania o podwyższenie sumy ubezpieczenia	
				Dodatkowa składka roczna	Dodatkowa składka dla wybranej częstotliwości
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TER4 <input type="checkbox"/> palenie _____			

Umowy dodatkowe

Zawarcie	Podwyższenie	Obniżenie	Rezygnacja	Umowa**	Suma ubezpieczenia/ świadczenie	Sekcja wypełniana w przypadku wnioskowania o zawarcie umowy lub podwyższenie sumy ubezpieczenia/świadczenia		
						Dodatkowa składka roczna	Współczynnik podwyżki składki ze względu na podwyższone ryzyko	Dodatkowa składka roczna po podwyżce
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DNWK				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DWR3	_____ zł miesięcznie przez _____ lat/a			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPZ3				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPZR2				
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	CAR	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASSO	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADL2				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PWSR2				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LOPR2				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNZS2				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNZSS				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASSW	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DNW2				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPZ2			<input type="checkbox"/> palenie _____	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPZR				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADL				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PWS				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PWSR				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LOP				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LOPR				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNZS				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNZP				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DWR2	_____ zł miesięcznie przez _____ lat/a			
			<input type="checkbox"/>	ASSR	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej			
			<input type="checkbox"/>	CA				

** Kody poszczególnych umów dodatkowych wyjaśniono na końcu niniejszego formularza

Zawarcie	Podwyższenie	Obniżenie	Rezygnacja	Ubezpieczone Dziecko 1		
				Umowa	Suma ubezpieczenia/ Świadczenie dziennie	Składka ochronna dla wybranej częstotliwości
<input type="checkbox"/>				TERD	100 zł	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DZD2		
<input type="checkbox"/>				DCAR	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DASSO	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPWSR		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DLOPR		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DUNZS		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DUNZSS		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DASSW	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DZD		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPS		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DUN		
			<input type="checkbox"/>	CAD	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	
Dodatkowa składka ochronna za Ubezpieczone Dziecko 1						

Zawarcie	Podwyższenie	Obniżenie	Rezygnacja	Ubezpieczone Dziecko 2		
				Umowa	Suma ubezpieczenia/ Świadczenie dziennie	Składka ochronna dla wybranej częstotliwości
<input type="checkbox"/>				TERD	100 zł	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DZD2		
<input type="checkbox"/>				DCAR	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DASSO	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPWSR		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DLOPR		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DUNZS		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DUNZSS		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DASSW	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DZD		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPS		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DUN		
			<input type="checkbox"/>	CAD	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	
Dodatkowa składka ochronna za Ubezpieczone Dziecko 2						

Szacowana wysokość pierwszej dodatkowej składki z tytułu umów o które wnioskują Ubezpieczający lub umów, dla których wnioskują o podwyższenie sumy ubezpieczenia/świadczenia.
(UWAGA: Ochrona ubezpieczeniowa zgodnie ze zmienionym zakresem rozpocznie się od dnia wskazanego w aneksie do polisy. Jeśli pierwsza dodatkowa składka uiszczona w kwocie szacowanej będzie wyższa niż składka należąca to nadpłaconą część składki zostanie zaliczona na poczet kolejnych płatności.)

Deklaracja dobrego stanu zdrowia Ubezpieczonego

Ja, niżej podpisany(a), oświadczam, że wszystkie poniższe stwierdzenia są zgodne z prawdą:

- w ciągu ostatnich 10 lat nie została u mnie rozpoznana żadna choroba przewlekła*
- nie jestem w trakcie diagnostyki choroby i nie ma przesłanek do poddania się diagnostyce
- nie mam wskazań lekarskich do okresowej kontroli medycznej po leczeniu
- nie mam wskazań lekarskich do leczenia operacyjnego
- w ciągu ostatniego roku nie byłem(am) na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 4 tygodnie (z wyjątkiem leczenia następstw urazu wynikających ze złamania kończyny lub opieki nad dzieckiem, członkiem rodziny oraz ciąży u kobiet)

Tak, jest zgodne z moją najlepszą wiedzą Nie, nie mogę podpisać takiego oświadczenia (w przypadku zaznaczenia pola „Nie” prosimy o dołączenie Oświadczenia Ubezpieczonego o stanie zdrowia)

* Choroba przewlekła – zdiagnozowany przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia.

WYZNACZENIE UPOSAŻONYCH

Prosimy o wypełnienie jedynie w razie wnioskowania o zmianę wyznaczonych dotychczas Uposażonych dla umów wskazanych w tabeli poniżej lub w razie wnioskowania o zawarcie umowy dodatkowej DWR3.

Prosimy wskazać wysokość świadczenia z dokładnością do 1%.

Dane Uposażonych prosimy wpisywać wyraźnie, drukowanymi literami.

Uposażeni Ubezpieczonego					
Imię i nazwisko/ Nazwa firmy	Data urodzenia	PESEL (osoby fizyczne)/ REGON lub NIP (firmy)	Pokrewieństwo z Ubezpieczonym	% świadczenia	
dot. umowy ubezpieczenia głównej i umowy dodatkowej DNW2/DNWK					
Uposażeni					
1.					
2.					
3.					
Uposażeni Zastępczy					
1.					
2.					
dot. umowy dodatkowej DWR2/DWR3					
Uposażeni					
1.					
2.					
3.					
Uposażeni Zastępczy					
1.					
2.					

Oświadczenia Ubezpieczającego/Ubezpieczonego:

Oświadczam, że przed złożeniem mi propozycji wprowadzenia zmian w umowie ubezpieczenia przeprowadzono badanie moich wymagań i potrzeb w celu weryfikacji czy proponowana umowa jest z nimi zgodna w zakresie ochrony ubezpieczeniowej.

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tym wniosku oraz w oświadczeniach o stanie zdrowia, stanowiących załączniki do niniejszego wniosku, są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji TU Allianz Życie Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu cywilnego. Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku zostały mi doręczone wskazane poniżej warunki ubezpieczenia mające zastosowanie do umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych wraz z załącznikami.

Oświadczam, że otrzymałem/am aktualną na dzień zawarcia umowy informację Allianz o opodatkowaniu świadczeń ubezpieczeniowych, stanowiącą integralną część zawartej przeze mnie umowy ubezpieczenia.

Oświadczam, że za poznałem/am się z treścią i zakresem pełnomocnictwa wystawionego przez TU Allianz Życie Polska S.A. agentowi, który przyjął wniosek.

Deklaracja zgody na przetwarzanie danych:

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie przez TU Allianz Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Inflancka 4B (dalej zwaną również „Allianz”) moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia i nalogach, zawartych w tym wniosku oraz w innych dokumentach przekazanych Allianz, dla celów podanych w treści Klauzuli informacyjnej znajdującej się poniżej. W przypadku reasekuracji ryzyka przyjętego przez Allianz z tytułu umowy ubezpieczenia wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie i uprawianych sportach/hobby firmie reasekuracyjnej Allianz SE Königinstrasse 28, 80802 Munchen oraz firmie reasekuracyjnej Partner Reinsurance Europe SE, Zurich branch, Bellerivestrasse 36, 8034 Zürich, Switzerland.

Upoważnienie:

Wyrażam zgodę na to, by podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych udostępniły TU Allianz Życie Polska S.A. moją dokumentację medyczną na podstawie art. 26 ustawy z o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w tym również po mojej śmierci, zaś TU Allianz Życie Polska S.A. mogła uzyskać od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, w zakresie określonym w art. 38 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam także zgodę na wykonanie mi badań laboratoryjnych włącznie z pobraniem próbki krwi w kierunku przeciwciał anty-HIV.

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez TU Allianz Życie Polska S.A. od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliли mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Allianz oraz wysokości świadczenia.

Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Allianz, na pisemną prośbę innych zakładów ubezpieczeń, moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji danych podanych przeze mnie przy zawieraniu umowy, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez Allianz informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości, w myśl przepisu art. 39 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Ponadto wyrażam zgodę na zasięganie przez Allianz wyżej wymienionych informacji od innych zakładów ubezpieczeń w zakresie oraz w celu opisanym w zdaniu poprzednim.

DLA UBEZPIEZAJĄCEGO

Klauzula informacyjna (TUuZ/KI/NT/T/001/1.0)
Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku dotyczącego przechowywania dokumentów księgowych, dokumentów wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. (TUuZ/KI/NT/Z/001/2.0)
Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach. W razie przetwarzania danych osobowych dla celów marketingowych, w oparciu o wyrażoną przez Panią/Pana zgodę, Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane do momentu wycofania zgody. (TUuZ/KI/NT/Z/019/1.0)
Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres e-mail: IOD@allianz.pl, lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie internetowej www.allianz.pl, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych. (TUuZ/KI/NT/Z/020/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu: (TUuZ/KI/NT/T/002/2.0)
– oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy i podjęcia decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążyący na Administratorze (TUuZ/KI/NT/Z/004/2.0)
– wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy (TUuZ/KI/NT/Z/006/2.0)
– marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych Administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług (TUuZ/KI/NT/Z/007/2.0)
– automatycznego podejmowania decyzji, w tym profilowania dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz przedstawienia odpowiedniej oferty – podstawą prawną przetwarzania danych jest wyrażona przez Panią/Pana wyrażona zgoda (TUuZ/KI/NT/Z/021/1.0)
– analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk (TUuZ/KI/NT/Z/011/2.0)
– wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążyącego na Administratorze (TUuZ/KI/NT/Z/022/1.0)
– przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Administratora (TUuZ/KI/NT/Z/023/1.0)
– dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń (TUuZ/KI/NT/Z/024/1.0)
– reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego (TUuZ/KI/NT/Z/025/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe w uzasadnionych przypadkach, mogą zostać przekazane podmiotom mającym siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG). Jeżeli ww. kraje nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, wdrożymy odpowiednie zabezpieczenia w celu zapewnienia właściwego stopnia ochrony Pani/Pani danych. Należą do nich w szczególności standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez Komisję Europejską oraz wiążące reguły korporacyjne. Powyższe środki służą realizacji Pani/Pani praw dotyczących danych osobowych oraz zapewnieniu skutecznej ochrony prawnej tych danych. Na Pani/Pana wniosek udostępniemy Pani/Pani kopie tych zabezpieczeń.
Podanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego jest wymaganiem ustawowym, a ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W pozostałym zakresie podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. (TUuZ/KI/NT/Z/027/1.0)
Podanie danych osobowych do realizacji celów marketingowych jest dobrowolne. Zakres danych osobowych przetwarzanych w celach marketingowych obejmuje podane przez Panią/Panią dane identyfikacyjne, wszystkie dane kontaktowe, dane polisowe oraz historie umów ubezpieczenia, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia. (TUuZ/KI/NT/Z/028/1.0)
Podstawą prawną przetwarzania podanych przez Panią/Pana danych szczególnych kategorii, zwłaszcza danych dotyczących stanu zdrowia, we wskazanych celach ich przetwarzania, jest wyrażona przez Panią/Pana wyrażona zgoda. (TUuZ/KI/NT/Z/029/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym zakładom reasekuracji Allianz SE Königinstrasse 28, 80802 Monachium, Niemcy oraz Partner Reinsurance Europe SE, Zurich branch, Bellerivestrasse 36, 8034, Zurich, Szwajcaria. Dane zostaną udostępnione wyłącznie temu z zakładów reasekuracji, który reasekuruje daną umowę ubezpieczenia. (TUuZ/KI/NT/Z/030/1.0)
Podane przez Panią/Pana dane osobowe, o ile jest to zasadne, mogą zostać udostępnione m.in. innym zakładom ubezpieczeń, podmiotom świadczącym usługi prawne, placówkom medycznym, podmiotom z grupy Allianz. Podmioty z grupy Allianz oznaczane Allianz SE z siedzibą w Monachium oraz grupę podmiotów kontrolowanych bezpośrednio lub pośrednio przez Allianz SE z siedzibą w Monachium, tj. min. Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Powszechnemu Towarzystwu Emerytalnemu Allianz Polska S.A., Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa. Ponadto, Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, centrum telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z Administratorem w wyłączeniu zgodnie z poleceniami Administratora. (TUuZ/KI/NT/Z/040/1.0)

Przysługuje Pani/Panu prawo do: (TUuZ/KI/NT/Z/003/1.0)
– dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUuZ/KI/NT/Z/035/1.0)
– wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania (TUuZ/KI/NT/Z/015/2.0)
– wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUuZ/KI/NT/Z/017/2.0)
– wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem (TUuZ/KI/NT/Z/036/1.0)
– przenoszenia danych osobowych, tj. o otrzymaniu od Administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe może Pani/Pan przesłać innemu administratorowi danych (TUuZ/KI/NT/Z/037/1.0)

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały wyżej. (TUuZ/KI/NT/Z/038/1.0)
Zgody niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia: (TUuZ/ZD/NT/T/003/1.0)
Wyrażam dobrowolną zgodę na udostępnianie moich danych osobowych (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie), w tym teled adresowych, podmiotom świadczącym usługi medyczne, w celu obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia. (TUuZ/ZD/NT/Z/011/1.0)

Zgody dodatkowe (TUuZ/ZD/NT/T/001/1.0)
Zgoda klienta na elektroniczną obsługę umowy ubezpieczenia (TUuZ/ZD/NT/T/001/2.0)
Chcę, aby moja umowa ubezpieczenia była obsługiwana elektronicznie, dlatego zgadzam się na przekazywanie mi drogą elektroniczną (przez e-mail, SMS/MMS, internetowe konto klienckie): (TUuZ/ZD/NT/T/002/1.0)
 powiadomień o zbliżającym się terminie płatności składki (TUuZ/ZD/NT/Z/004/1.0)
 informacji o każdorazowej zmianie doręczanego Dokumentu zawierającego kluczowe informacje o produkcie wraz z załącznikami (TUuZ/ZD/NT/Z/011/2.0)

Zgadzam się na przekazywanie mi drogą elektroniczną oraz telefonicznie, w tym z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących, informacji, o których mowa w art. 20 ust. 2-4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej dotyczących: (TUuZ/ZD/NT/T/004/2.0)
 propozycji zmian warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy (TUuZ/ZD/NT/Z/009/2.0)
 wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, wartości wykupu ubezpieczenia, wartości premii oraz zmianach w zakresie sumy ubezpieczenia (w zakresie, w jakim ma zastosowanie do danej umowy ubezpieczenia) (TUuZ/ZD/NT/Z/010/2.0)

Zgoda klienta na otrzymywanie informacji marketingowych, w tym o ofercie, promocjach i zniżkach drogą elektroniczną (TUuZ/ZM/NT/T/001/1.0)
Wyrażam zgodę na kontakt marketingowy poprzez: (TUuZ/ZM/NT/T/004/2.0)
 wiadomości e-mail (TUuZ/ZM/NT/Z/003/1.0)
 wiadomości sms/mms (TUuZ/ZM/NT/Z/004/1.0)
 telefon, w tym z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (TUuZ/ZM/NT/Z/005/2.0)

W celu przedstawienia mi kompleksowo dopasowanych informacji, w tym o produktach, usługach, promocjach, konkursach i zniżkach, zgadzam się na: (TUuZ/ZM/NT/T/002/2.0)
 marketing bezpośredni własnych produktów lub usług po zakończeniu umowy (TUuZ/ZM/NT/Z/001/2.0)
 automatyczne podejmowanie decyzji, w tym profilowanie dla określenia moich preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz przedstawienia mi przygotowanej na tej podstawie oferty (TUuZ/ZM/NT/Z/002/2.0)
 udostępnianie moich danych, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia i nalogach (o ile zostały pozyskane) następującym podmiotom: Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Powszechnemu Towarzystwu Emerytalnemu Allianz Polska S.A. oraz funduszom przez niego zarządzanym, Towarzystwu Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services Sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa), w celach marketingowych, za pośrednictwem kanałów kontaktu, na które wyraziłam/em zgodę (TUuZ/ZM/NT/Z/008/2.0)

Podpis Ubezpieczającego

DLA UBEZPIECZONEGO

Klauzula informacyjna (TUuZ/KI/NT/T/001/1.0)
Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku dotyczącego przechowywania dokumentów księgowych, dokumentów wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. (TUuZ/KI/NT/Z/001/2.0)
Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach. W razie przetwarzania danych osobowych dla celów marketingowych, w oparciu o wyrażoną przez Panią/Pana zgodę, Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane do momentu wycofania zgody. (TUuZ/KI/NT/Z/019/1.0)
Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres e-mail: IOD@allianz.pl, lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie internetowej www.allianz.pl, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych. (TUuZ/KI/NT/Z/020/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu: (TUuZ/KI/NT/T/002/2.0)
– oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy i podjęcia decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążyący na Administratorze (TUuZ/KI/NT/Z/004/2.0)
– wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy (TUuZ/KI/NT/Z/006/2.0)
– marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych Administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług (TUuZ/KI/NT/Z/007/2.0)
– automatycznego podejmowania decyzji, w tym profilowania dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz przedstawienia odpowiedniej oferty – podstawą prawną przetwarzania danych jest wyrażona przez Panią/Pana wyrażona zgoda (TUuZ/KI/NT/Z/021/1.0)
– analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk (TUuZ/KI/NT/Z/011/2.0)
– wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążyącego na Administratorze (TUuZ/KI/NT/Z/022/1.0)

– przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Administratora (TUnZ/KI/NT/Z/023/1.0)

– dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń (TUnZ/KI/NT/Z/024/1.0)

– reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego (TUnZ/KI/NT/Z/025/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe w uzasadnionych przypadkach, mogą zostać przekazane podmiotom mającym siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG). Jeżeli ww. kraje nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, wdrożymy odpowiednie zabezpieczenia w celu zapewnienia właściwego stopnia ochrony Pana/Pani danych. Należą do nich w szczególności standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez Komisję Europejską oraz wiążące reguły korporacyjne. Powyższe środki służą realizacji Pana/Pani praw dotyczących danych osobowych oraz zapewnieniu skutecznej ochrony prawnej tych danych. Na Pana/Pani wniosek udostępniemy Panu/Pani kopię tych zabezpieczeń.

Podanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W pozostałym zakresie podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. (TUnZ/KI/NT/Z/027/1.0)

Podanie danych osobowych do realizacji celów marketingowych jest dobrowolne. Zakres danych osobowych przetwarzanych w celach marketingowych obejmuje podane przez Pana/Panią dane identyfikacyjne, wszystkie dane kontaktowe, dane polisowe oraz historię umów ubezpieczenia, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia. (TUnZ/KI/NT/Z/028/1.0)

Podstawą prawną przetwarzania podanych przez Panią/Pana danych szczególnych kategorii, zwłaszcza danych dotyczących stanu zdrowia, we wskazanych celach ich przetwarzania, jest wyrażona przez Panią/Pana wyraźna zgoda. (TUnZ/KI/NT/Z/029/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym zakładom reasekuracji Allianz SE Königinnstrasse 28, 80802 Monachium, Niemcy oraz Partner Reinsurance Europe SE, Zurich branch, Bellerivestrasse 36, 8034, Zurich, Szwajcaria. Dane zostaną udostępnione wyłącznie temu z zakładów reasekuracji, który reasekuruje daną umowę ubezpieczenia. (TUnZ/KI/NT/Z/030/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe, o ile jest to zasadne, mogą zostać udostępnione m.in. innym zakładom ubezpieczeń, podmiotom świadczącym usługi prawne, placówkom medycznym, podmiotom z grupy Allianz. Podmioty z grupy Allianz oznacza Allianz SE z siedzibą w Monachium oraz grupę podmiotów kontrolowanych bezpośrednio lub pośrednio przez Allianz SE z siedzibą w Monachium, tj. m.in. Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Powołane Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa. Ponadto, Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, centrum telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora. (TUnZ/KI/NT/Z/040/1.0)

Przysługuje Pani/Panu prawo do: (TUnZ/KI/NT/Z/003/1.0)

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUnZ/KI/NT/Z/035/1.0)
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania (TUnZ/KI/NT/Z/015/2.0)
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUnZ/KI/NT/Z/017/2.0)
- wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem (TUnZ/KI/NT/Z/036/1.0)
- przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe może Pani/Pan przesłać innemu administratorowi danych (TUnZ/KI/NT/Z/037/1.0)

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały wyżej. (TUnZ/KI/NT/Z/038/1.0)

Zgody niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia: (TUnZ/ZD/NT/I/003/1.0)

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych dotyczących mojego stanu zdrowia (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie) i nałogów (o ile dotyczy) przez Administratora, dla celów podanych w treści klauzuli informacyjnej, za wyjątkiem celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług. (TUnZ/ZD/NT/Z/010/1.0)

Wyrażam dobrowolną zgodę na udostępnienie moich danych osobowych (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie), w tym teledoreszowych, podmiotom świadczącym usługi medyczne, w celu obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia. (TUnZ/ZD/NT/Z/011/1.0)

Podpis Ubezpieczonego

Warunki ubezpieczenia mające zastosowanie do umów dodatkowych zawartych na podstawie niniejszego wniosku:

- DNWK – Śmierć wskutek wypadku albo wypadku komunikacyjnego: Warunki umowy dodatkowej – Śmierć wskutek wypadku albo wypadku komunikacyjnego (OWU/DNWK/2/2024)
- DPZ3, DPZR2, DZD2 – Poważne zachorowania: Warunki umowy dodatkowej – Poważne zachorowania (OWU/DPZ/2/2024)
- ADL2 – Utrata samodzielności: Warunki umowy dodatkowej – Utrata samodzielności (OWU/ADL/2/2024)
- PWSR2, DPWSR – Leczenie w szpitalu: Warunki umowy dodatkowej – Leczenie w szpitalu (OWU/PWSR/2/2024)
- LOPR2, DLOPR – Zabiegi operacyjne: Warunki umowy dodatkowej – Zabiegi operacyjne (OWU/LOPR/2/2024)
- DWR3 – Miesięczna renta w razie śmierci Ubezpieczonego: Warunki umowy dodatkowej – Miesięczna renta w razie śmierci Ubezpieczonego (OWU/DWR/2/2024)
- CAR, DCAR – Opieka medyczna bez granic: Warunki umowy dodatkowej – Opieka medyczna bez granic (OWU/CAR/2/2024)
- UNZS2, UNZSS, DUNZS, DUNZSS – Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku: Warunki umowy dodatkowej – Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku (OWU/UNZS/2/2024)
- TERD – Ubezpieczenie na życie dziecka: Warunki umowy dodatkowej – Ubezpieczenie na życie dziecka (OWU/TERD/2/2024)
- ASSW, DASSW – Assistance wypadkowy: Warunki umowy dodatkowej – Assistance wypadkowy (OWU/ASSW/3/2024)
- ASSO, DASSO – Assistance onkologiczny: Warunki umowy dodatkowej – Assistance onkologiczny (OWU/ASSO/2/2024)
- Tabela limitów do ubezpieczenia Plan pełnej ochrony (TOIL/TER4/1/2022)

Wyjaśnienia pozostałych kodów użytych w niniejszym formularzu:

- DNW2 – Śmierć wskutek wypadku
- DPZ2 – Poważne zachorowania (wariant standard)
- DPZR – Poważne zachorowania (wariant komfort)
- ADL – Niezdolność do samodzielnej egzystencji
- PWS – Pobyt w szpitalu wskutek wypadku
- PWSR – Pobyt w szpitalu wskutek wypadku lub choroby
- LOP – Leczenie operacyjne wskutek wypadku
- LOPR – Leczenie operacyjne wskutek wypadku lub choroby
- DWR2 – Renta miesięczna w razie śmierci Ubezpieczonego
- ASSR – Allianz Assistance
- UNZS – Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku (wariant standardowy)
- UNZP – Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku (wariant progresywny)
- CA, CAD – Allianz Best Doctors
- DZD – Poważne zachorowania dziecka
- DPS – Pobyt w szpitalu dziecka
- DUN – Uszczerbek na zdrowiu oraz zabiegi operacyjne wskutek wypadku dziecka

Ubezpieczający

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

Data

Ubezpieczony

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

Data

Ubezpieczone Dziecko 1

(Przedstawiciel ustawowy, jeśli dziecko jest niepełnoletnie)

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

Data

Ubezpieczone Dziecko 2

(Przedstawiciel ustawowy, jeśli dziecko jest niepełnoletnie)

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

Data

Agent/Broker Ubezpieczeniowy

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Podpis

Data